ITEM 136 : SOINS PALLIATIFS – ASPECT CLINIQUE

Soins palliatifs = soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluridisciplinaire ayant pour objectif de prévenir ou de soulager les symptômes physiques, dont la douleur, d'anticiper les risques de complications et de prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la personne soignée
- Patients concernés : personnes atteintes de **maladies graves évolutives (cancéreuses ou non)** ou **mettant en jeu le pronostic vital** ou **en phase avancée et terminale**, ainsi qu'à leur famille et leurs proches
- Doit être instaurée le plus précocement possible dans l'évolution de la maladie
→ **Soins palliatifs** et **curatifs** ne sont pas mutuellement exclusifs : continuité entre l'approche curative et palliative
→ Des soins palliatifs débutés tôt ont montrés : amélioration de la qualité de vie, du contrôle des symptômes et de la compréhension du pronostic, et dans certains cas de l'espérance de vie, diminution du nombre de dépressions, permet d'éviter des traitements disproportionnés et des hospitalisations non programmées et à limitation des dépenses de santé

Principes de prise en charge

- **Respect du confort, du libre arbitre et de la dignité**
- **Prise en compte de la souffrance globale du patient** (physique, psychologique, morale)
- **Evaluation et suivi de l'état psychique du patient** : phase d'angoisse existentielle intense nécessitant un accompagnement par l'écoute et le soutien continu
- **Qualité de l'accompagnement et de l'abord relationnel** : disponibilité de l'équipe soignante, attention particulière aux réactions du patient, suivi du malade à son rythme
- **Information et communication avec le patient et ses proches** (selon les souhaits du patient) : dès l'annonce du diagnostic grave, en prenant en compte les mécanismes d'adaptation du patient (**déni, déplacement, rites obsessionnels, régression, projection agressive, sublimation, combativité, ambivalence**), mais aussi du soignant (**fuite en avant, fausse réassurance, rationalisation, évitement, mensonge**)
- **Coordination et continuité des soins** : projet de soin, tenue du dossier du patient, dialogue entre les intervenants, protocoles d'urgences et/ou prescriptions anticipées avant les situations d'urgence
- **Prise en charge de la phase terminale et de l'agonie** : choix du lieu de soins le plus adapté, mise à disposition de l'équipe soignante et des proches et des médicaments nécessaires au soulagement
- **Aucune provocation intentionnelle de la mort**
- **Préparation au deuil et accompagnement des proches**: communication avec les proches, information précoce et régulière sur l'évolution de la maladie

Problème sociaux-familiaux	**= Difficultés sociales et familiales** : perte d'emploi, problèmes financiers, changement de rôle social et familial, peur de la dépendance, isolement, personne à charge, conflit familiaux… - Evaluation sociale, économique et familiale : identifier les besoins d'aide et les ressources disponibles - Intervention possible des associations et des bénévoles
Besoins spirituels	- Accompagnement éclairé, assistance affective et spirituelle dans le respect des convictions du patient - Phase terminale : s'enquérir des souhaits du patient et de son entourage en matière de **rites funéraires**

Structures

→ 3 niveaux selon la complexité : niveau 1 = **service hospitalier sans lit identifié**, niveau 2 = **LISP**, niveau 3 = **USP**

Unités de soins palliatifs	- **Soins et accompagnements complexes** et **de recours** (ne pouvant plus être suivi à domicile, en établissement médico-social ou en service hospitalier) et rôle de **formation** et de **recherche**
Equipes mobiles de soins palliatifs	= Structures les plus répandues : **équipe pluridisciplinaire** rattachée à un établissement de santé - Conseil et mise en place de démarche palliative et d'accompagnement dans les services d'hospitalisation ou à domicile : au minimum **binôme médecin/infirmier** et **psychologue**
Lits identifiés soins palliatifs	= Dans les services confrontés à des fins de vie et décès (**> 200 décès/an** dans l'établissement) - **Personnel** formé aux soins palliatifs, avec **augmentation du ratio de personnel/lit** - Accueil possible de patients non connus du service
Réseaux de soins palliatifs	= **Equipe pluridisciplinaire de soins palliatifs** en ambulatoire, avec des **lits de repli** si besoin - Permet la prise en charge à domicile et la continuité des soins : **visite de concertation au domicile**
Hospitalisation à domicile	= Sur demande du patient, avec adhérence de la famille ou de l'entourage, si l'état du patient est stable et permet une prise en charge à domicile - Mise en place par le médecin référent (médecin traitant), dans un lieu d'hébergement adapté - Organisation des soins et des traitements, avec si nécessaire le passage régulier au domicile de soignants (infirmier, aide-soignant, kiné, ergothérapeute…) - Matériel nécessaire (prescrit par le médecin traitant) : lit médicalisé, matelas, oxygénothérapie… - Aide financière **FNASS** (**Fond National d'Action Sanitaire et Sociale**) pour les soins palliatifs et HAD - **Congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie** ± **allocation journalière** : durée **< 3 mois** → **Suspension d'HAD** : épuisement de l'entourage, état de santé du patient → **Arrêt d'HAD** : soins impossibles à organiser de façon optimale à domicile

PEC des principaux symptômes

- **Traitement étiologique** indispensable s'il est simple, rapidement efficace et acceptable par le patient
- **Echelle ESAS** : échelle visuelle analogique, numérique ou verbale évaluant la douleur, la dyspnée, la fatigue, la somnolence, l'appétit, l'anxiété, la déprime, le bien-être et autres symptômes

Douleur

- **Antalgique** : privilégier la voie orale, administration préventive, à dose minimale efficace
- **Prévention de la douleur induite par les soins** : opioïde à libération immédiate ou anesthésie locale
- Autres thérapeutiques antalgiques : **relaxation, masso-kinésithérapie, musicothérapie, ergothérapie**

Instauration

- Débuter par **sulfate de morphine orale** à libération immédiate ou prolongée pour déterminer la dose quotidienne efficace (**titration morphinique**)
- Relai par **morphine orale à libération prolongée** ou **patch** (fentanyl transdermique) avec des inter-doses si besoin

En cas d'échec de la morphine orale

- Si **douleur nociceptive pure** : rotation des opioïdes, modifier la voie d'administration
- Si **voie orale impossible** : voie sous-cutanée ou intraveineuse, ou patch
- **Derniers recours** (phase terminale) : **morphine** par **voie centrale** (périmédullaire (péridurale ou intrathécale) ou **intra-cérébro-ventriculaire**

Mesures co-antalgiques

Douleur osseuse	- **Corticoïde, AINS, bisphosphonates** - **Immobilisation** - **Radiothérapie conventionnelle** ou **métabolique**
Douleur neurogène	- **Antidépresseur imipraminique, antiépileptique** - **Corticoïdes** si compression périmédullaire ou nerveuse périphérique
Douleur viscérale par envahissement tumoral	- **Corticoïdes, antispasmodique** - **Noramidopyrine** - **Bloc coeliaque** en dernière intention
Céphalées par HTIC	- **Corticoïdes injectables**

Asthénie

- **Mesure de ménagement des forces** : adaptation des activités de la vie quotidienne, réaménagement des horaires (alternance activité/repos), adaptation des traitements susceptible de majorer l'asthénie
- TTT symptomatique : - **Corticoïdes** en cure courte
  - **Amphétamines** (hors AMM) : **adrafinil, méthylphénidate, modafinil**

Immobilité

- **Aides humaines** pour les activités de la vie quotidienne
- **Aides techniques** pour aménager l'environnement (barres d'appui, fauteuil roulant, lit électrique…)
- **Prévention des complications de l'immobilité** : escarre, thrombose veineuse, constipation…

Anxiété

= Liée à des facteurs organiques (difficultés respiratoires, douleur…) et à la confrontation à la mort
- **Ecoute, évaluation** et **prise en charge psychologique** et/ou **psychiatrique**
- Techniques corporelles : **relaxation, massages**…
- TTT médicamenteux : **benzodiazépine** de demi-vie courte, **hydroxyzine**, **antidépresseur**
- **Anxiolyse** par **midazolam IV** en dernière intention (≠ sédation : ne vise pas l'endormissement)

Dépression

→ Distinguer la tristesse d'un réel syndrome dépressif : perte d'intérêt ou de plaisir (perte de l'élan vital) pour presque toutes activités pendant une durée > 2 semaines
- **Evaluation** et **prise en charge psychologique** et/ou **psychiatrique**
- **Antidépresseurs** : essai thérapeutique au moins 3 semaines, puis adapté à l'intensité des symptômes

Troubles du sommeil

- Faire attention au confort et à un environnement favorable à l'endormissement
- TTT médicamenteux (non systématique) : **zolpidem/zopiclone** si insomnie d'endormissement, **benzodiazépine** si anxiété associée, **antidépresseur sédatif** si réveil précoce avec signes dépressifs
- Insomnies rebelles : **neuroleptiques**

Syndrome confusionnel

= Fréquent (85%), peut annoncer la phase terminale : doit être reconnu précocement
- Etiologie : **médicamenteuse** (intolérance aux opioïdes ou lors de la titration morphinique…), **toxique**, **métabolique** (déshydratation…), **mécanique** (globe urinaire, fécalome…)

Mesures associées

- Mise en condition : environnement calme, éclairé, soutien et réorientation du patient fréquente, éviter les changements d'équipe soignante et le transfert vers un autre service, limiter les visites aux référents
- Supprimer les traitements non indispensables et adapter l'antalgie
- Assurer une nutrition et une hydratation correcte

Traitement symptomatique

- **Neuroleptique** en cas d'agitation : **halopéridol** en 1ère intention, **chlorpromazine**, **antipsychotique atypique** en 2nd intention (**rispéridone, olanzapine**)
- Eviter les benzodiazépines (confusiogènes), sauf situation particulière (DT…)

PEC des principaux symptômes

Sécheresse et ulcération buccale	= A l'origine d'un réel inconfort, voire d'une douleur, pouvant altérer la vie relationnelle - Evaluation quotidienne : état des lèvres, voix, salivation déglutition, cavité buccale - **Soins de bouche** réguliers, après chaque repas - **Nettoyage dentaire et des prothèses dentaires, nettoyage de la langue par brossage simple** ou **coca** - **Maintien de l'humidité de la bouche** : boire de l'eau, cubes d'ananas, gomme à mâcher, eau gélifiée, glaçons, compresses humides sur les lèvres, eau en brumisation, salive artificielle	
Mucite	- **Antalgie** adaptée - **Bains de bouche** : **bicarbonate de sodium 1,4%, corticoïde** (Solumédrol®), **anesthésique** (Xylocaïne®) - **Sucralfate** en bains de bouche en 2nd intention - **Mycose buccale** : 4-8 **bains de bouche**/jour avec une **solution d'antifongique** (**fungizone**, **mycostatine**) et de **bicarbonate**, voire **traitement antifongique systémique (fluconazole)** ➔ Eviter les **solutions alcooliques antiseptiques** (douloureuse), sauf indication précise (gingivite…)	
Plaie malodorante	- **Pansement absorbant au charbon activé** (diminue les odeurs) - **Soins d'hygiène corporelle** - **Métronidazole** : par voie générale, localement sur la plaie ou flacon ouvert dans la chambre	
Oedème	Œdème diffus ou déclive	- **Contention légère** à **modérée** par bandage ou bas - **Surélévation du/des membres atteints** - **Massages** - **Correction des troubles hydro-osmotiques**
	Lymphœdème des membres	- **Massage doux** - **Surélévation** - **Bas de contention modérée à fort**
	OMI dû à une tumeur pelvienne/abdominale	- **Corticoïdes** - **Diurétiques**
Prurit	Prévention par soins cutanés	- Peau sèche : **crème hydratante**, éviter bains chauds et agents asséchants ou irritants - Peau humide : - **Séchage soigneux, vêtements en coton** - Traitement d'une hypersudation par **thioridazine**
	Traitement	- Prurit localisé : **dermocorticoïdes** - Prurit généralisé : **antihistaminique** et/ou **corticoïdes** par voie orale
Dyspnée		- Mesures simples : position demi-assise, calmer le patient, relâchement des muscles des épaules, du dos, du cou et des bras, techniques de relaxation, faciliter les flux d'air dans la chambre - **Oxygénothérapie** en cas d'hypoxie : aux lunettes nasales ou au masque, « à la demande » si possible, maintenue seulement en cas de bénéfice (risque d'asséchement des muqueuses) - **Benzodiazépine** : à ½ vie courte, à but anxiolytique en cas de composante anxieuse associée - **Morphinique** oral ou IV = diminue la sensation de dyspnée : à **mi-dose** de la posologie antalgique, ou ↗ **dose de 30-50%** si déjà instauré en antalgie + inter-doses pour les accès paroxystiques de dyspnée
	Traitement étiologique	- **Obstruction bronchique** : **bronchodilatateur** (aérosols de β-mimétiques), discuter la **VNI** - **Obstruction des grosses voies aériennes** : **corticothérapie**, traitement **endobronchique** (stent, laser ou trachéostomie), **radiothérapie/chimiothérapie** palliative - **Insuffisance cardiaque** : adapter les apports hydriques, **diurétiques**, **traitements cardiaques** - **Syndrome cave supérieur** : **héparine**, **corticothérapie**, **endoprothèse cave**, **radiothérapie** - **Lymphangite carcinomateuse** : **corticothérapie**, **chimiothérapie palliative** - **Pleurésie** : **ponction évacuatrice** ou **drainage** - **Infection** : **antipyrétique**, **antibiotique** - **Anémie** : **transfusion sanguine**, discuter l'**EPO**
Encom-brement bronchique	= Bruits expiratoires humides, d'origine salivaire ou bronchique, accumulé dans le pharynx et la trachée : **râle agonique** chez le patient en fin de vie - Mesures simples : position demi-assise, soins de bouche fréquents - **Diminution**, voire **arrêt des apports hydriques** - **Aérosols de bronchodilatateurs** si le patient peut expectorer sans douleur - **Aspiration trachéo-bronchique** : à éviter si possible, proscrite en fin de vie - **Anticholinergique** (↘ sécrétion salivaire et bronchique) : **scopolamine** SC, IV ou patch (Scopoderm®)	
Toux	- Mesures simples : - **Repositionnement** du patient - **Humidification de l'air inspiré** par **aérosols hydratants** - En cas de **toux productive** : **kinésithérapie respiratoire**, **aspiration salivaire douce**, **scopolamine** - En cas de **toux sèche** : **antitussif** (opiacé ou non), **aérosols d'anesthésiques locaux**	

PEC des principaux symptômes

Hoquet rebelle	Par distension/irritation gastroduodénale	- 1ère intention : **IPP**, **pansement digestif** (**charbon**), **anti-acides** - 2nd intention : **antiémétique stimulant** (métoclopramide, dompéridone)
	Par irritation vagale	- Traitement spécifique : **ponction d'ascite, ponction pleurale**
	En derniers recours	- Neuroleptique : **halopéridol, chlorpromazine** - Myorelaxant : **baclofène**
Dysphagie	➝ Rechercher et traiter une **sécheresse buccale**	
	Trouble de déglutition	- **Alimentation pâteuse/gélifiée**, **froide** - Repas en position assise - Surveillance lors des repas - **Rééducation à la déglutition**
	Douleur à la déglutition	- **AINS** ou **anesthésique local** avant les repas - **Sucralfate** en suspension buvable : si mucite infectieuse chimio- ou radio-induite
	Obstruction	- **Corticoïdes** à forte dose - **Dilatation endoscopique**, **endoprothèse œsophagienne**, désobstruction au **laser**
	En cas d'échec	- **Alimentation entérale** par **SNG** ou **gastrostomie**, ou **parentérale** en 2nd intention
Nausées Vomissement	- Mesures simples : supprimer les stimuli aggravant (odeurs…), fractionner les repas, privilégier les boissons gazeuses, les repas légers, froids, peu odorants - **Antiémétique prokinétique**: **métoclopramide, dompéridone** ➝ à éviter en cas d'occlusion complète - **Neuroleptique antiémétique** : - **Halopéridol** (en 1ère intention) - **Chlorpromazine, lévomépromazine** (effet sédatif plus marqué) - **Corticoïdes** : largement utilisés (vomissements radio-/chimio-induits, syndrome occlusif…) - **Antagoniste 5-HT3** (**sétron**) et **antagoniste NK1** (**aprépitant**) : nausées et vomissements chimio-induits, ou en 2nd intention en soins palliatifs - **Benzodiazépine** : effet sur les vomissements psychogènes ou liés à l'anxiété	
	Stase ou obstruction partielle gastrique	- **Antiémétique prokinétique** (métoclopramide, dompéridone) - Diminuer le volume alimentaire - **Antihistaminique** ou **IPP**
	Irritation péritonéale	- **Antispasmodique** - **Scopolamine SC** si échec
	Trouble vestibulaire	- **Métopimazine** orale, rectale ou IV - **Scopolamine SC** si échec
	Derniers recours si origine digestive	- **Octréotide** - **Alimentation entérale** par SNG ou gastrectomie
Anorexie, cachexie	- **Favoriser l'appétit** : présentation attrayante des repas, petites portions, boissons fraiches - Prévention de la dénutrition : **complément nutritionnel oraux** hyper-protidique et hypercalorique - **Médicament orexigène** : **corticoïdes** (cure courte), **progestatifs** (**mégestrol**, **médroxyprogestérone**)	
	Gastroparésie	= Satiété rapide, nausées chroniques : **antiémétique prokinétique**
	Anorexie persistante, cachexie	- **Alimentation entérale**, voire **parentérale** - **Hydratation orale** ou **parentérale**
Dés-hydratation	- **Réhydratation orale** si possible - **Réhydratation parentérale** : - Conserver si possible un apport liquidien par voie orale - **SC** (à privilégier) : jusqu'à **0,5 à 1L**/24h, associée à de la **hyaluronidase** - **IV** si abord veineux déjà présent - Si décision de ne pas réhydrater : diminuer progressivement les posologies des médicaments	
Diarrhée	➝ A traiter rapidement : retentissement rapide sur l'hydratation, et sur l'état du patient - Rechercher en priorité une **étiologie médicamenteuse** (surdosage en laxatifs, opioïdes, anti-acides, antibiotiques, AINS, antinéoplasique = 5-FU, mitomycine surtout) ou un **fécalome**	
	RHD	- Arrêt des compléments nutritifs liquides, éviction des laitages si diarrhée infectieuse - Réhydratation
	Anti-diarrhéique	➝ Uniquement après avoir éliminé une fausse diarrhée par fécalome - **Lopéramide** en 1ère intention - **Racécadotril, diphénoxylate, codéine** en 2nd intention ou si diarrhées profuses

PEC des principaux symptômes

Constipation	Prévention		- Activité physique régulière - Massage du cadre colique - Consommation de fibres alimentaires - Respect des habitudes de défécation - Adaptation des médicaments (opioïdes, anticholinergique, imipraminique)
	Laxatif		- **Laxatif de contact** (**docusate sodique, polyxamère**) - **Laxatif osmotique** (**sorbitol**…) - **Laxatif stimulant** (**bisacodyl**) si insuffisant - Lésion neurologique ou échec de la voie orale : voie rectale = **suppositoire, lavement**
	Fécalome		➙ A rechercher systématiquement au TR devant : incontinence urinaire, rétention d'urine, diarrhée, confusion, agitation, douleur abdominale, nausées, vomissements - Bas situé : **suppositoires laxatifs, lavement,** voire **évacuation manuelle** (± sédation) - Haut situé : **laxatif péristaltogène intestinale, laxatif stimulant**
	Constipation sous opioïde	Prévention	= Systématique : - **Laxatif osmotique** : **sucre**, **polyol**, **macrogol** - **Laxatif stimulant** : **anthracénique**, **bisacodyl**
		Absence de selles **> 3 jours**	- Eliminer une occlusion intestinale et un fécalome - Augmentation des posologies de laxatif osmotique/stimulant
		Absence de selles **> 4 jours**	- **Bithérapie laxative** : **osmotique** + **stimulant** ± **Lavement rectal** si présence de selles au TR - Antagonisation morphinique périphérique = **méthylnaltrexone** SC (Relistor®) : d'emblée ou si échec de bithérapie laxative à 48h ➙ CI : occlusion intestinale mécanique, abdomen chirurgical aigu - En cas d'échec à 48h : préparation pour **investigation colique** ou **péristaltogène intestinal**, ou **grand lavement**
Occlusion intestinale	Chirurgie palliative		= En 1ère intention si possible
	Traitement symptomatique		= En 2nd intention si chirurgie impossible - **Aspiration gastrique** : si vomissements résistant au traitement ou fécaloïdes ➙ Discuter une **gastrostomie** ou une **jéjunostomie** (plus confortable) - **Arrêt des laxatifs** (ou laxatifs doux en cas d'occlusion basse incomplète) - Prise en charge d'une éventuelle diarrhée associée (par occlusion basse incomplète ou fistule colique ou rectale) - **Maintien alimentation** (petites portions, pauvres en fibres) et **hydratation** - Lutte contre la douleur : **morphinique, antispasmodique** - Traitement des nausées : **halopéridol** (antiémétique prokinétique contre-indiqué), **antagoniste 5-HT3** en 2nd intention, voire **octréotide**
Occlusion intestinale sur carcinose péritonéale	**J1-J3**		- **Mise à jeun** + **réhydratation** SC ou IV - **Antiémétique** : **halopéridol**, **chlorpromazine**, **dropéridol** ➙ Contre-indication du métoclopramide si occlusion complète - **Anti-5-HT3** (**sétron**) en 2nd intention, seul ou en association - **Antisécrétoire gastriques** : **IPP** en IV (ou SC pour l'oméprazole) - **Anticholinergique** : **scopolamine** SC ou IV - **Corticothérapie** : cure courte 5 à 10 jours, IV ou SC - **SNG** non systématique : si vomissements francs ou distension gastrique importante ➙ à laisser le moins longtemps possible (sécrétions < 1L/24h)
	J4	Levée de l'occlusion	- Diminution jusqu'à dose minimale efficace (voire arrêt) des corticoïdes et anticholinergiques, réévaluation des traitements symptomatiques
		Occlusion persistante	- Ajout d'un **analogue de somatostatine** (**octréotide** ou **lanréotide**) ➙ A discuter en 1ère intention si récidive précoce d'une occlusion ayant répondu aux analogues de somatostatine
	J7	Vomissements persistants ou SNG > 1L/24h	- Echec de l'analogue de somatostatine ➙ arrêt - Discuter la **gastrostomie de décharge**
		Levée partielle ou contrôle des symptômes	- Poursuite de l'**analogue de somatostatine** avec relai par **forme prolongée** par **voie IM**
		Levée franche de l'occlusion	- Arrêt de l'analogue de somatostatine et de l'anticholinergique - Discuter un **traitement laxatif**

<table>
<tr><td rowspan="4">PEC des principaux symptômes</td><td rowspan="4">Troubles urinaires</td><td>Infection urinaire</td><td colspan="2">- Symptomatique : traitement classique
- Bactériurie asymptomatique chez un patient avec SAD : abstention
- Epididymite ou prostatite : discuter l'ablation de SAD et la pose d'un cathéter sus-pubien</td></tr>
<tr><td>Hématurie persistante</td><td colspan="2">- Sonde vésicale à double courant
- Embolisation artérielle si origine rénale
- Electrocoagulation si origine vésicale</td></tr>
<tr><td>Incontinence</td><td colspan="2">- Traitement médicamenteux adapté : anticholinergique (vessie instable)…
- Protection
- Sondage intermittent
- Etui pénien en 1ère intention chez l'homme → SAD en 2nd intention</td></tr>
<tr><td>Rétention urinaire</td><td colspan="2">- Drainage vésical en urgence
- SAD ou cathéter sus-pubien au long terme selon la cause</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Modèles évolutifs</td><td rowspan="3">Trajectoire 1
=
Déclin rapide</td><td colspan="3">= Evolution progressive vers une phase terminale relativement bien définie : 50% des patients
- Classiquement patient atteint de cancer</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Phases de la maladie cancéreuse</td><td>Phase curative</td><td>= Objectif de rémission de la maladie
→ Ne nécessite pas recours de soins palliatifs</td></tr>
<tr><td>Phase palliative</td><td>= Absence de perspective thérapeutique de guérison : stade métastatique généralement → recours aux soins palliatifs
- Phase palliative active = objectif de garantir une survie la plus longue possible en ralentissant l'évolution de la maladie, tout en préservant la meilleure qualité de vie possible : traitements actifs (chimiothérapie…)
- Phase palliative symptomatique = objectif de maintien ou d'amélioration de la qualité de vie, en contrôlant au mieux les symptômes</td></tr>
<tr><td>Trajectoire 2
=
Déclin graduel</td><td colspan="3">= Episodes de détériorations aiguës et de temps de récupération, avec risque de mort soudaine, parfois inattendue : 40% des patients
- Classiquement patient en insuffisance viscérale : cardiaque, rénale, hépatique, respiratoire…</td></tr>
<tr><td>Trajectoire 3
=
Déclin lent</td><td colspan="3">= Perte progressive des capacités fonctionnelles et cognitives : 10% des patients
- Classiquement patient atteinte de maladie neuro-dégénérative (maladie d'Alzheimer…)</td></tr>
</table>